

医療制度改革に見るブッシュ政策の特徴

2003年メディケア改革を題材として

坂 井 誠

．はじめに

2003年末の時点で、連邦政府が解決に向けて取り組むべき課題として対イラク政策とほぼ同等に国民が重視する⁽¹⁾ほど、医療問題に対する関心は強い。そして、近い将来、2003年メディケア改革の修正を含む医療制度問題が再び注目される可能性がある。本稿はブッシュ（George W. Bush）政権主導のもとで成立したメディケア改革を中心に、医療問題に対する政府の方針を吟味することを通して、ブッシュの国内政策に関する特性を分析するものである。具体的には、アメリカの医療における問題点を確認して、それに対するブッシュの認識や取り組み姿勢を観察したうえで、メディケア改革の概要と問題点を整理し、彼の代表的な経済・財政政策である減税政策の特徴も勘案しながら、ブッシュの国内政策の基本特性を考察した。

．アメリカの医療制度における問題点と改革の試み

現在のアメリカの医療システムにおいては、国民皆保険制が採用されていないことから多数の無保険者が存在するという問題と、従来だけでなく将来にわたっても政府・家計・企業の医療費負担が拡大するおそれが強いという医療コスト問題がある。いずれも1980年代から政策的な対応が強く要請されてきた課題である。

1 無保険者問題

まず、無保険者数の動向について、最も頻繁に参照されている国勢調査局

(U. S. Census Bureau) の人口調査統計 (CPS ; Current Population Survey , 以下 CPS と略す) をもとに見ると、2002年に年間を通して健康保険に加入していなかった人口は4 357万人で、総人口の15 2%にあたる。無保険者の割合はアメリカ市民権を取得していない人々が43 3%と高いが、それを除いても無保険者率は13 .1%にのぼる⁽²⁾。また、総人口比で15 2%という無保険者率は、ピークの1998年に比べれば1 %ポイントほど低い⁽³⁾が、最近では2000年をボトムに上昇傾向にあり、無保険者問題が大きくクローズアップされた90年代初頭の約14%と比較しても高い⁽³⁾ (表 1)。65歳以上の高齢者および一部の障害者などはメディケア (Medicare) を、一定の要件を満たす低所得者はメディケイド (Medicaid) を受給する資格があるが、一般に保険加入の可否は各人の経済状況と関連が強く、所得水準と無保険者率は逆相関の関係にある。そして、連邦政府の定める貧困所得水準を下回る低所得層の無保険者率は、メディケイドがあるにもかかわらず30 4%と極めて高く、この層に関しては学歴や就業上の地位、人種、年齢といった他の要素と無保険との相関は強くない⁽⁴⁾。

健康保険への加入内訳を見ると、雇用主が提供する団体保険プランを中心とした民間保険のウエイトが高く、2002年には対人口比で民間保険が70% (うち雇用主による提供61%)、メディケア、メディケイドなどの政府保険

表 1 健康保険加入状況

(単位 : 構成比 %)

	総加入率	うち民間保険			うち政府保険				無保険者率
		全体	雇用主提供	直接購入	全体	メディケイド	メディケア	軍人保険	
2002年	84 .8	69 .6	61 .3	9 .3	25 .7	11 .6	13 .4	3 .5	15 .2
2000年	85 .8	71 .9	63 .6	9 .5	24 .7	10 .6	13 .5	3 .3	14 .2
1995年	84 .6	70 .3	61 .1	11 .4	26 .4	12 .1	13 .1	3 .5	15 .4
1990年	86 .1	73 .2	60 .4	n.a.	24 .5	9 .7	13 .0	4 .0	13 .9

(注) 民間・政府両方の保険に同時加入している者がいるため、両者の和は総加入率よりも高くなる。

出所 : U. S. Census Bureau, *Health Insurance Coverage in the United States : 2002*, Table1.

は26%である一方、無保険者が15%という構成になっている。なお、民間と政府両方の保険に加入している人々がいるため、三者の構成比の合計は100%を上回る（表1参照）。

2 医療コスト問題

医療コストは価格要因ばかりでなく、受診頻度などの数量要因や医療技術を含むサービス内容要因などによって決まり、保険費用もその中に含まれる概念である。2002年の国民一人あたりの実質医療支出（2002年ドル換算ベース）は、1970年時点の4倍以上にあたるおよそ5,450ドルに達し、対GDPで見た総医療支出、その中の政府医療支出はそれぞれ約15%、5%にのぼっている（表2）。そして、議会予算局（CBO; Congressional Budget Office）は、このようなコスト拡大の要因として、(1)高齢化、(2)所得の増加といった社会・経済の環境変化に加えて、(3)防衛医療つまり医師が訴訟を避けるために実行する特別な医療の拡大、(4)新技術、新薬利用の普及、(5)第三者を介在させた費用支払いシステムといった事項を挙げている⁽⁵⁾。

このうち、4番目の技術進歩に伴うコスト上昇と5番目の健康保険システム上の非効率性は、後に見るブッシュ大統領の医療政策方針との関連などで、3番目に記した防衛医療の拡大とともに、最近しばしば言及される点である。まず、技術進歩に伴う問題に関しては、死亡率を低下させる高コスト技術の進歩に代表されるように、医療はコンピューター・テクノロジー同様、技術進歩がコスト抑制を実現しにくい分野である。新技術を利用したサービスや新薬の利用が一般化すれば、医療内容の高度化を反映して医療費

表2 医療コストの動向

	1970年	2002年
一人あたり医療支出（実質） （単位：ドル，2002年ドルベース）	1,313	5,449
総医療支出 / GDP （単位：%）	7.0	14.9
うち政府医療支出 / GDP （単位：%）	1.7	4.8

出所：CBO, "Health Care Spending and the Uninsured",
CBO Testimony, January 28, 2004, p. 9.

は増大するからである。次に、保険システムの非効率性については、保険会社など第三者が支払いを実行する制度のもとで、患者は自身の医療コストには無頓着になり、特にどのような医療を受けても自己負担があまり変わらないケースにはその傾向が強まる。医療は特殊な知識や技術を要する分野であり、患者は医師や病院の判断に従わざるを得ないケースが多いが、医師や病院は保険会社からどの程度の支払いが受けられるかに興味を示す結果、過剰医療や不十分な医療といった非効率が発生する⁽⁶⁾。

これらの諸要因を背景とした医療費の増加は、保険会社が自らの負担を商品の価格に転嫁する行動を通して、保険料を上昇させる。そして、最近では1990年代後半に落ち着きを見せていた保険料の再上昇が目立っている。2000年から02年にかけて、その前年比上昇率は概ね10 - 13%の範囲で推移し、それが10 - 17%程度で変動した1987年から93年の実績にほぼ匹敵する⁽⁷⁾。そして、保険料の上昇は政府プログラムのコスト増大に加え、無保険者の増加をもたらす。それは、個人が保険を直接購入する場合に影響を与えるばかりでなく、企業が従業員に対する保険の適用を抑制する誘因を生み出すからである⁽⁸⁾。実際、雇用をベースとした保険の加入率は2000年の約64%をピークとして、02年にはおよそ61%まで低下した⁽⁹⁾（表1参照）。このことは2001年の景気後退で企業収益が鈍化した影響もあるうが、景気回復後にそれが再上昇しない現況からすると、保険費用の上昇を強く反映した動きだと推察される。

他方、医療コストの増大は、長期的に国家財政を圧迫する要因として懸念されている。メディケア、メディケイドを中心とした政府医療支出の対GDP比は、先に見たとおり現状およそ5%だが、将来の急増が避けられない。議会予算局の試算によれば、一人あたり医療支出増加率と一人あたりGDP成長率の差を「過剰コスト増加」と定義し、それが年率2.5%で推移すると、2050年にはメディケア、メディケイドの連邦政府支出はGDPの21.3%に達する見込みである。たとえ「過剰コスト増加」が年率1%にとどまったとしても、その比率は11.5%になると予想されている⁽¹⁰⁾。

3 クリントン改革の試み

このような無保険者と医療コストの問題に野心的に取り組んだ試みとして特筆されるのは、1993年に策定され、94年に挫折したクリントン（William J. Clinton）による医療保険制度改革である。クリントンは92年の大統領選挙で国民皆保険制を含む医療制度改革の必要性を強調し⁽¹¹⁾、80年代から90年代初頭にかけて無保険者の増大と医療コストの急上昇が見られるなかであって、その二つを同時に改善するための処方箋を提示した。

まず、無保険者問題への対策は雇用主と政府による保険費用負担を中心に据えて、国民皆保険制をめざすものだった。連邦政府が雇用主に対して従業員への健康保険の保障を義務づけ、雇用主は連邦の定める標準ヘルスプランの保険料の80%を負担（上限は給与コストの7.9%）することが原則とされた。小規模企業に対しては、連邦政府が一定額を補助負担し、保険料は「保険同盟」（Health Alliance）に支払うこととされた。また、政府はメディケアやメディケイドの受給者および失業者、早期退職者の保険費用を支払い、保険料は同様に「保険同盟」に納められるシステムだった。このように無保険者対策は企業に応分の負担を求め、体力の乏しい小規模企業には優遇措置を施したうえで、失業者など雇用主による保険提供から漏れる国民の保険費用は、連邦政府が肩代わりする制度だった⁽¹²⁾。

一方、コスト対策は「管理された競争アプローチ」（managed competition approach）という医療機関の競争を促進する方式を軸に据え、支出制限を併用することによって補完された。仕組みとしては、医療の需要者と供給者を媒介する機関として前述の「保険同盟」を各地域に設け、医療サービス内容の監視、コスト動向の監視と抑制、医療ネットワーク間の競争環境の整備がその使命とされた。そして、「保険同盟」は媒介機関として費用負担者から資金を受け取り、保険の供給者に保険料を支払い、保険の需要者に保険を提供することとされた。その一方で、標準ヘルスプランなど規範を決定する連邦の機関として「国家健康保険委員会」（National Health Board）を創設する方針が示された。つまり、「保険同盟」と「国家健康保険委員会」の連携によって、競争環境の整備と競争の促進を図り、コストの引き下げと医療の質の確保をめざす仕組みになっていた⁽¹³⁾。

ところが、この改革案は産業界が費用負担の増加に敏感に反応したことや、制度の複雑さに対する不安感が強まったことが響いて、1994年に廃案となった。企業経営者にとっては、従業員に健康保険を完全に保障することは、明らかに人件費の増大を意味した。また、保険業界は競争の促進と保険料上限の設定が収益を減少させると判断したほか、「保険同盟」による規制が発生することを懸念した。医師や病院は、この改革の主眼が医療サービスコストの抑制にあると察知し、収入が圧迫されることを危惧した⁽¹⁴⁾。さらに、企業が提供する保険の恩恵を受けている中間層やメディケア受給者は、自身の既得権益が侵害されるおそれを感じた。結局、クリントン改革は同時達成が極めて困難な二つの目標を、連邦政府の規制によって実現しようとしたために、複雑すぎる体系を生み、それが企業や医療関係者には厳しい規制に映り、一般国民には不安感を与えた⁽¹⁵⁾。

・医療問題に対するブッシュ大統領の認識と方策

2004年の経済白書（大統領経済報告）は「ヘルスケアと保険」と題する章を第10章に設け、医療問題に関する大統領の見解を明示している。それをもとにブッシュの医療問題に対する現状認識や将来の方針を見ると、市場機構への信頼に重きをおくという点では、新自由主義的な思想⁽¹⁶⁾が表われている。ただし、彼の見解は全般的に、共和党が多数派を占める議会を支える議会予算局の報告書を援用しているだけである。

1 無保険者問題

まず、ブッシュは無保険者問題に対して冷淡である。白書は議会予算局の見解を引用して、(1)メディケイド受給資格者が無保険者として計上されていることなどから、先に見た国勢調査局のCPSによる無保険者統計には過大評価があること、(2)若くて健康な国民を中心に、選択の結果として無保険の地位にある国民が多いこと、(3)CPSでは、他国民が無保険者に多く含まれていることなどを挙げて、この問題には低い関心しか示していない⁽¹⁷⁾。

ここで、大統領見解に強い影響を与えた議会予算局の報告書を見てみると、以下のような内容になっている⁽¹⁸⁾。年間を通して無保険者が4,000万人

以上存在するという国勢調査局の CPS は過大推計である。別途、政府機関が行っている SIPP (the Survey of Income and Program Participation), MEPS (the Medical Expenditure Panel Survey), NHIS (the National Health Interview Survey) といった調査⁽¹⁹⁾によると、1 年間のある特定時点で無保険者だった者が約4,000万人で (1998年), CPS のデータとほぼ一致する。したがって、CPS が通年の無保険者数を正確に把握しているとは考えられない。SIPP によると、65歳未満つまり非メディケア受給者で年間を通して無保険者だったのは同人口の9.1%にすぎない。同じく SIPP によれば、長期の追跡調査では無保険者は短期間で健康保険に再加入しており、1 年超の無保険者は少ない。それに対して、ある一定時点の調査では1 年超の無保険者数が多くなる傾向がある。また、実際にはメディケイドを受ける資格があるのに、調査では無保険者とカウントされるケースが多い。なお、たとえ無保険者であっても地域健康センター (community health center) で受診することが可能である。

2 医療コスト問題

次に、医療コストの増大に関しては、ブッシュはその大半が技術進歩に起因するものだとし、次のように肯定的に評価している。医療に関わるイノベーションの多くがアメリカで開発されており (表3), 他の先進国に比べて対 GDP 比で見た医療コストが大きいのもそうした事情による。アメリカの医療コスト増加の50 - 75%は商品とサービスの技術進歩によるものであり、このようなコスト増加は資源の非効率的使用とは言えない。その理由は、コストの上昇が莫大な研究開発費を転嫁したことから生じており、技術革新が特許など市場機構を通じた報酬の獲得を実現しているにすぎないからである。結局、国内における独占などに伴うコスト増加は仕方のないことである一方、他国はアメリカによるイノベーションの利益を安く利用することが可能になっている⁽²⁰⁾。

なお、白書は技術進歩以外のコスト増加要因については、前章で見た議会予算局による報告のとおり、所得増加、高齢化による需要増加、防衛医療、健康保険プラン利用における不効率という4点を挙げている。そして、その

表3 重要な医療技術革新とその起源国

順位	技術	説明	起源国
1	磁気共鳴映像法（MRI） コンピュータ断層撮影（CT）	体内の働きを観るための非観血的方法	米国，英国 米国，英国
2	アンギオテンシン変換酵素（ACE）阻害薬	高血圧と心機能不全治療薬	米国
3	バルーン血管形成術	動脈閉塞治療のための非観血的最小侵襲手術	スイス
4	スタチン	コレステロール低下薬	米国，日本
5	乳房レントゲン撮影	乳がん検査用の診断装置	不確定
6	冠状動脈バイパス移植（CABG）手術	心機能不全のための手術	米国
7	プロトン・ポンプ阻害薬（PPIs） H ₂ レセプター拮抗薬	抗潰瘍薬	スウェーデン 米国
8	選択的セロトニン再吸収阻害薬（SSRIs）	抗うつ薬	米国
9	水晶体摘出とレンズ移植	眼科手術	米国
10	股関節置換手術 膝関節置換手術	関節の人工器官との置換手術	英国 日本，英国，米国

（注）一般内科医に対するイノベーションの相対的重要度に関する聞き取り調査に基づく。

出所：『2004米国経済白書』表10 - 1

対策として、防衛医療インセンティブの抑制、健康保険を過度に利用するインセンティブの抑制に言及する程度にとどまっている⁽²¹⁾。

3 メディケア改革と医療政策の将来

ブッシュは白書において以上のような問題認識を示したうえで、後述する2003年メディケア改革を自画自賛し、具体的には(1)メディケア受給者に対する処方薬適用へのアクセス拡大、(2)医療貯蓄口座（HSAs；Health Saving Accounts，以下HSAと略す）の創設（次章以降で詳述）を、成果として強調している⁽²²⁾。そして、今後のステップとして、(1)団体医療プラン（AHP；Association Health Plans，以下AHPと略す）の導入、(2)HSAと結びついた高額自己負担の保険への加入促進を意図した保険料の税額控除、(3)中・低所得者の保険加入を促すための、保険購入向けの医療税額控除、(4)医療訴訟の脅威を減殺することを目的とした医療責任システムの公平化、(5)コン

ピューターによる医療事務等の効率化が列挙されている。このうち、最初の AHP は中小企業が従業員に健康保険を提供するのを促進することが目的であり、中小企業が保険を団体購入することによって保険会社や医療供給者に対する価格交渉力を高め、低コストで保険を入手することが期待されている⁽²³⁾。

なお、ブッシュは2004年初の一般教書演説直後のスピーチでも、医療システムは民間市場で形成されるべきであり、連邦政府が決定を下したり、管理したりすべき事項ではないと述べ、無保険者の削減や医療コスト抑制の手段として、白書とほぼ同様、以下の諸点を挙げた。(1)地域健康センターの拡充、(2)医療ミス、無用な訴訟を抑制するためのテクノロジーの活用（データ管理など）や医療責任改革、(3)HSA の活用、(4)AHP の導入である⁽²⁴⁾。

・ 2003年メディケア改革の概要

現在の医療制度においては、無保険者と医療コストに関する課題が広く認識されるなかにあって、ブッシュ政権と共和党議会はそれに着手することなく「2003年メディケアの処方薬、改善および近代化に関する法」(MMA; The Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act of 2003, 以下 MMA と略す)を成立させ、メディケア改革を断行した。ここではアメリカ退職者協会(AARP; American Association of Retired Persons, 以下 AARP と略す)の資料などに基づいて、その概要を見ていく。なお、MMA に基づく包括的な予定表は、(表4)のようになっている。

1 処方薬便益⁽²⁵⁾

MMA の中心的施策である処方薬便益の規定には、2004年6月に開始された処方薬割引カード(Discount Drug Card)の導入という2005年までの時限措置と、06年1月から始まる本来のメディケア処方薬便益の提供という2つのステージがある。まず、処方薬割引カードはそれを利用することによって、対象となっている処方薬を安く入手できるもので、処方薬コストの10 - 15%が削減できる⁽²⁶⁾。カード発行の費用は30ドル未満で、メディケア受給者は多数の民間企業が発行するカードの中からひとつだけを選択する。

表4 2003年メディケア改革に関する予定表

時期	内容
2003 . 12	法案（MMA）成立
2004 . 5 04 . 6	割引カードの契約 割引カードプログラムの開始 低所得者向けの年間最大600ドルのクレジット提供
2005 . 1 05 . 11 . 15	低所得者向けにもう1年，最大600ドルのクレジット提供 パートBの年間自己負担上限の引き上げ（100 110ドル） 予防医療のメディケア適用範囲の拡大 本来のメディケア処方薬便益（パートD）への登録開始
2006 . 1 06 . 5 . 15	割引カードプログラムの廃止 メディケア処方薬便益の開始 メディケア・アドバンテージの開始 メディケア処方薬便益への登録終了
2007	所得対応型のパートB保険料徴収の開始

出所：AARP, "Medicare Change That Could Affect You", *Life Answers From AARP*, pp. 18-19.

次に，2006年からのメディケア処方薬便益は，メディケア受給者が民間会社の運営する処方薬プランに任意に加入するものである。後述するメディケア・アドバンテージ（Medicare Advantage）・プログラムで処方薬がカバーされているプランや，処方薬便益付きのメディギャップ（Medigap。メディケア給付の範囲が自身のニーズに十分合致しない場合，民間保険の購入によって補完する制度）に加入する者は，必ずしもメディケア処方薬便益プログラムに加入する必要はなく，2006年以降も旧雇用主が退職者に対して処方薬便益を含む健康保険を提供する場合なども，同様である。

メディケア処方薬便益の保険料は月額35ドル程度だが，プランの内容に応じて保険料が若干変わってくる。（表5）に示したように，処方薬費用は年間250ドルまでは自己負担となるが，それを超えると2,250ドルまではメディケアが75%を負担し，本人の負担分は25%になる。ただし，その上限を超えた場合には，5,100ドルまでの全額が再び本人負担になり，通称ドーナツ・ホール（doughnut hole）と呼ばれる負担ギャップが生じる。なお，さらに高額な支払いが発生する者に対しては，5,100ドルを上回る部分の費用

表5 メディケア処方薬便益のコスト負担

処方薬支出	メディケアによる負担	自己負担
0 - 250ドル	0	基本自己負担250ドル
250 - 2,250ドル	最大1,500ドル(コストの75%)	最大500ドル(コストの25%)
2,250 - 5,100ドル (= ドーナツ・ホール)	0	最大2,850ドル(コストの全額) (= 負担ギャップ)
[小計]	[最大1,500ドル]	[最大3,600ドル]
5,100ドル超	95%	5% または 2ドル(無印薬), 5ドル (ブランド薬)の個人負担

(注) メディケア以外には処方薬保険のない場合の負担状況。

メディケア保険料(月額35ドル程度)は個人負担には含まない。

出所: <表4>と同様, p.5.

をメディケアが95%負担する便益(catastrophic benefit)が用意されている。

また、低所得者に対しては特別な支援制度がある。低所得者(単身の場合には年間所得約12,000ドル未満、普通世帯は同16,000ドル未満)は処方薬割引カードの発行は無料で、処方薬費用に関して2004年、05年の2年間、それぞれ最大600ドルの補助金が支給される。600ドルを超過する処方薬費用の支払いにおいては、通常の割引購入ができる。他方、06年から開始される処方薬便益については、所得水準に応じてメディケア保険料や基本自己負担を免除あるいは軽減し、ドーナツ・ホールの負担ギャップを適用しないなどの特典が、低所得層には与えられている(表6)。

2 HSA⁽²⁷⁾

ブッシュがしばしば2003年メディケア改革の大きな成果として取り上げるHSAプログラムは、高い基本自己負担(deductible。例えば個人の場合、年間1,000ドル、家族合算の場合、同2,000ドルなど)と高い自己負担上限(例えば個人5,000ドル、家族合算10,000ドルなど)の定められた健康保険に加入することを前提として、医療関連費用を支払うための預金口座を開設し、そこに維持される自己資金や就業先からの補助金が非課税となる制度である。このプログラムは2004年から開始され、当年の非課税上限は個人の場合

表 6 低所得者のメディケア処方薬便益

年収等	9,630ドル（夫婦合算13,000ドル）未満で、メディケイドとの併用受給資格者の場合	13,000ドル（夫婦合算17,550ドル）未満で、資産が6,000ドル（夫婦合算9,000ドル）未満の場合
保険料	なし	なし
基本自己負担	なし	なし
ドーナツ・ホールの負担ギャップ	なし	なし
個人負担（copay）		
無印薬	1ドル	2ドル
ブランド薬	3ドル	5ドル
総支出5,100ドル超のケースの個人負担	なし	なし
年収等	13,000ドル（夫婦合算17,550ドル）未満で、資産が10,000ドル（夫婦合算20,000ドル）未満の場合	13,000 - 14,450ドル（夫婦合算17,550 - 19,500ドル）で、資産が10,000ドル（夫婦合算20,000ドル）未満の場合
保険料	なし	スライド制の保険料
基本自己負担	50ドル	50ドル
ドーナツ・ホールの負担ギャップ	なし	なし
個人負担（copay）		
無印薬	15%（coinsurance）	15%（coinsurance）
ブランド薬		
総支出5,100ドル超のケースの個人負担	2ドル（無印薬）、5ドル（ブランド薬）	2ドル（無印薬）、5ドル（ブランド薬）

（注）資産には住居、自動車は含まない。所得水準は2006年時点の見込み。

出所：＜表 4＞と同様，p11．

合2,600ドル，家族合算の場合5,150ドルで，以後その上限は物価上昇に連動して引き上げられる。

3 メディケア・アドバンテージ（Medicare Advantage）・プログラム⁽²⁸⁾

2006年に開始されるメディケア・アドバンテージは，民間の医療プランを通じてメディケアの給付（代行給付）を受けるもので，従来のメディケア・プラス・チョイス（Medicare + Choice）が基礎になっている。新システムはメディケア・パート C を修正して，メディケア・プラス・チョイスをメ

ディケア・アドバンテージへと移行させ、地域型の医療プランに競争原理を徹底させる⁽²⁹⁾。このプログラムには、出来高払い制（FFS；Fee-for-Service。被保険者の医療選択の自由度大）、健康維持機構（HMO；Health Maintenance Organization。定額前払い制で、被保険者の医療選択の自由度小）、特約医療組織（PPO；Preferred Provider Organization。FFSとHMOの中間型）、受診時選択プラン（POS；Point of Service Plan。複合型の医療プラン）といった多様な医療プランがあり、各々の便益は異なるが、以下のような共通点がある。(1)プログラムは民間企業によって提供および管理され、政府がその企業に支払う費用は一定である。(2)保険の内容や保険料は毎年、民間企業が決定する。(3)メディケア受給者は毎年、プランを変更することができる。

4 その他の変更点⁽³⁰⁾

MMAに基づくその他の主な変更点としては、まず、メディケア・パートB（補足的医療保険＝SMI；Supplementary Medical Insurance⁽³¹⁾）に関して、2005年より自己負担上限が100ドルから110ドルへ引き上げられ、その後はパートBプログラムのコストに対応して、それが上昇する。次に、パートBの保険料は現在、加入者が一律に実際のコストの約25%を負担しているが、2007年から収入に応じた負担システムへと変更される。高所得者に高負担を求める措置であり、これは2011年にかけて5年間で段階的に実施され、例えば最高位に属する所得層（年収が個人20万ドル超、夫婦合算40万ドル超）は、11年以降は実際の費用の80%を自己負担する。また、2005年1月よりメディケアでカバーされる予防医療サービスの範囲が拡大され、これまで対象外だった一部の検査などが、それに加わる。

・ 2003年メディケア改革の問題点

MMA に対しては、共和党系のシンクタンク⁽³²⁾を含む多方面から批判が上がっている。それらは概ね、(1)MMA 成立に伴う財政コストの拡大、(2)現実の便益に関する問題、(3)市場依存型システムへの批判に大別できる。

1 財政コストの拡大

第一に、MMA に伴う財政コスト問題に関しては、2004年から13年までの最初の10年間におけるコストの増加が、連邦政府によれば5,340億ドル、議会予算局の試算では3,950億ドルと見積もられている⁽³³⁾（表7）。長期的にはさらに厳しい見方が有力であり、処方薬費用が過去のような勢いで伸び、メディケア受給者が増加すれば、その次の10年間（2014年 - 2023年）のコストは1兆ドルを上回り、おそらく2兆ドルに近づく見通しである⁽³⁴⁾。MMA においては規定上、一般歳入から拠出されるメディケア支出が支出全体の45%を超えると、政府および議会は対応を検討する仕組みになっているが（財政上の警告システム）、それは必ずしもメディケア・プログラムの変更などの対策を義務づけるものではない⁽³⁵⁾。したがって、MMA がエンタイ

表7 メディケア改革（MMA）に伴う連邦財政コストの試算

（単位：10億ドル）

	政府試算	CBO 試算	-
処方薬便益			
処方薬支払コストと雇用主・組合への補助金	479	448	32
低所得者への補助金	239	192	47
メディケイド支出	- 123	- 142	18
その他	- 85	- 89	4
[小計]	[510]	[409]	[101]
メディケア・アドバンテージ・プログラム	46	14	32
その他	- 23	- 28	6
総計	534	395	139

（注）2004 - 2013年度の義務的支出に関するコスト。

出所：CBO, "Estimating the Cost of the Medicare Modernization Act", *CBO Testimony*, March 24, 2004, Table4 .

トルメント（entitlement。一定の要件を満たす国民には共通に特定の便益を享受する権利を与えるプログラム）の拡大であって、制度を改正しない限り継続する義務的支出が生じることに加え、将来の支出増大に歯止めをかける実効的な規定のないことから、メディケア負担の増加とそれに伴う連邦財政の悪化が懸念される。

また、メディケア改革を実行するための間接的な行政事務コストも、莫大なものとなる。新制度への移行に伴う事務部門の準備はもちろん、受給者の所得の変化や処方薬便益の使用状況を的確に監視する手法を開発する必要があるうえ、コンピューター情報やプログラムのアップデートといった維持費用も無視できない⁽³⁶⁾。2007年から段階的に実施される所得対応型のパート B 保険料の徴収にいたっては、所得情報の正確な把握が非常に難しいのに加えて、行政上の処理は複雑を極める⁽³⁷⁾。

ただでさえメディケア財政事情の悪化は年金信託基金にも増して深刻で、病院保険（HI；Hospital Insurance，パート A）信託基金の破綻が2019年へと早まることが予想されている⁽³⁸⁾。そうしたなかで、2003年メディケア改革は莫大な財政負担を生むため、ブッシュが意欲を見せる2001年減税における時限的な措置の恒久化⁽³⁹⁾ばかりでなく、将来の税制改革による減税も厳しい財政事情から不可能になるおそれが強まっている⁽⁴⁰⁾。

2 便益に関する問題

第二に、現実の便益に関する問題点としては、まずブッシュが自画自賛する HSA に対する議論を見ておく必要がある。支持論を見ていくと、例えばフェルドスタイン（Martin Feldstein）は、HSA を新法における最も重要な規定であると高く評価している。彼は、国民が最高のハイテク医療を望む結果、包括的なサービスをカバーし、基本自己負担の低い高額な健康保険を選好することが医療コストの上昇を招いているとしたうえで、HSA はこうしたタイプの保険の購入を抑制し、国民と医療機関の双方に浪費を避けるインセンティブを与えると論じる⁽⁴¹⁾。加えて、支持論は HSA に維持される資金が非課税で、毎年、残高の繰り延べが可能であることを消費者のメリットとして強調し、非課税の貯蓄口座を持つことで、有利な投資や貯蓄を行う

ことができる点を重視する⁽⁴²⁾。

これに対して、批判論は HSA が経済的に余裕が乏しく、かつ真に十分な医療を必要とする人々を支援するプログラムとはなっていないと主張し、批判は⁽¹⁾富裕層における HSA のタックスシェルター化、⁽²⁾不健康者の相対的不利益の増大、⁽³⁾雇用主による保険提供の削減といった点に集中している。一般に医療支出が少ないほど HSA に維持される資金は多くなり、健康で経済的に恵まれた者ほど投資行動を実行し、HSA に可能な限りの資金を維持しやすい。したがって、HSA の恩恵を得るのは、比較的若く健康で裕福な高齢者である。また、健康保険コストの上昇を背景に、企業が従業員および退職者への保険の供給を見直すなかで、HSA を活用するメディケア受給者に対して、便益の提供を停止する企業が増大する懸念も根強い。さらに、批判論は HSA が基本自己負担の高い保険への加入を前提としていることや、医療外支出に対して罰則を設けていることを問題視する⁽⁴³⁾。

HSA が従来、人気のある低自己負担型の保険に不健康な人々を集中させ、その保険料を大きく上昇させるおそれも見逃せない。健康に自信のない人々が基本自己負担の低い保険を選好すると、そのことが保険料を引き上げ、健康な人々を HSA プログラムの想定する、万一の事故や疾病に対する備えとしての高自己負担型の保険へとシフトさせる。こうした動きは、基本自己負担の低い保険の保険料をさらに引き上げる悪循環を生む。これはいわゆる「逆選択」(adverse risk selection)の問題である⁽⁴⁴⁾。一般に保険料は平均的個人を基準にして決定されるが、平均的個人よりも多額の支出をしようとする人がその保険に不均衡的に多く加入する場合、保険会社は損失をこうむる。そうなると、この保険は保険料を引き上げるか、市場から撤退するしかない⁽⁴⁵⁾。

その他の便益については、いわゆるドーナツ・ホールの負担ギャップに関わる批判が目立ち、修正を検討すべき事項として注目されている。一般に処方薬費用がかさんでドーナツ・ホールの不利益を被るのは慢性病患者である。メディケア受給者の 4 分の 3 が慢性病をもっているといった指摘⁽⁴⁶⁾や、毎日 3 - 4 種類の薬を常用していれば、患者は自ずとドーナツ・ホールに陥

るという見方⁽⁴⁷⁾は、新しいシステムが多くの高齢者に不利益を与えやすいことを物語っている。さらに、低所得者支援を受ける層の少し上に位置する階層への配慮が不十分である。諸便益の受給資格を審査する際の厳しい資産テストが、そうした低所得層への便宜供与を制限する可能性があるほか、低所得層には高い基本自己負担が経済的な重荷になって、処方薬の購入を手控えざるをえない事態も発生しえる⁽⁴⁸⁾。また、新法は民間プランによってメディケアを補完するメディギャップ保険の購入を制約するうえ、メディケアがカバーする処方薬は非常に限定的であり、受給者の選択肢を縮小させる⁽⁴⁹⁾。

こうしたことから、多くの高齢者がメディケア改革は期待はずれだと認識している。ブッシュのメディケア政策に対して回答者の55%が反対し、賛成は35%にすぎないとする報道⁽⁵⁰⁾や、MMA に対しては好感を持つ者が28%、不快感を示す者が39%であり、他は新法の内容をあまり理解していないという世論調査結果⁽⁵¹⁾など、高齢者の多数派がメディケア改革に反対あるいは認識不足の状態にある、といった論調が見られる。

3 市場依存への批判

第三に、MMA が志向する市場依存型の改革に対しては、公的な医療支援を市場機構に委ねることの非現実性を主張する批判論が有力である。そして、MMA に基づき2010年にデモンストレーション（実地演習）として6大都市圏で開始予定である市場競争型のパイロット・プログラム、つまり伝統的なメディケア・プログラムと民間保険との競争システムは実現不能であるという見方が強く、説得力もある。

基本的に医療関係者は特別な既得権益が大きいなどの理由から価格競争を好まず、過去の経験から見ても、競争政策の成功は望めないというわけである。例えば、1997年財政均衡法（BBA；the Balanced Budget Act of 1997）に基づくメディケア・プラス・チョイスのデモンストレーション（フェニックス、カンザスシティ）で観察された「競争」の様子は、期待とはかけ離れたものだった。このプログラムが政府から保険会社への支払いに上限を設けた予定支払い制度だったために、市場競争というよりも政府による価格統制

と、それに伴う不効率や不公正を生み⁽⁵²⁾、民間の保険プランが十分に供給されない事態に陥った⁽⁵³⁾。いったん市場競争に加わった保険会社が政府からの支払いが不十分であるために離脱し、メディケア受給者は他の保険に再加入するか、従来のメディケアへ戻らざるをえなかった。こうした経験からすると、新しい競争システムには、さほど多くの保険会社が参入しないおそれもある⁽⁵⁴⁾。

そのうえ、議会が今後、MMA 中の問題をはらむ規定を排除していく可能性があり、6大都市圏のパイロット・プログラムはその有力な候補である。官民の競争システムの推進にあたって議会が懸念するのは、重病のメディケア受給者ばかりが伝統的なプログラムに残ることによる政府コストの膨張である⁽⁵⁵⁾。このことも、先に見た「逆選択」の問題である。もし医療費のかさむ重病患者がメディケアに集中すると、通常の保険と同様に考えれば、保険料の大幅な引き上げが必要になり、それが不可能な場合、メディケア財政の収支が悪化する。現実にはメディケアは政府が費用の相当部分を負担する公的プログラムであり、こうした「逆選択」が受給者一人あたりコストの増大ひいては政府負担の拡大をもたらす。

・医療制度改革に見るブッシュ政策の特徴

2001年の大型減税を中心とした一連の減税政策に典型的に表われているように⁽⁵⁶⁾、ブッシュの国内政策は、単純に自身や自党の選挙対策を最優先した選択を模索するという特性を示す。メディケア改革も例外ではなく、04年の大統領選挙を強く意識した施策である。

1 国内政策の目玉としてのメディケア改革

第一に、ブッシュは大統領選挙に向け国内政策の成功を印象づけることと、高齢者票を獲得することを同時にねらった。彼は「テロとの戦争」、対イラク戦争に代表される外交問題では、賛否のばらつきはともかく、極めて印象の強い政策を推進した。その一方で、国内的には長年の懸案である年金や医療制度といった重要課題はなおざりにされるなど、政権1期目の成果と言える施策は、減税を除けばほとんどない。そうしたなかで、高齢者は影響

力のある投票者層（swing voter）として注目され、彼らのグループのうち最も巨大で政治的影響力の強い組織である AARP は数年来、メディケア受給者に対する医薬便益の供与を要望してきた⁽⁵⁷⁾。無保険者や高医療コストの問題に直接関与するのが極めて困難であるのに対して、メディケア処方薬便益の提供は容易であり、ブッシュおよび共和党はそれを選択したと言える。MMA を強力に主導したのは、ブッシュ自身である⁽⁵⁸⁾。ブッシュ政権下での連邦財政赤字の急増や MMA によるエンタイトルメントの拡大に伴う政府負担の増大を懸念して、共和党内にも反対論はあった⁽⁵⁹⁾。しかし、AARP がメディケア法案成立のために700万ドルもの広告費を投入するなど強い意欲を示したという事情から、議会はその法案に反対することが困難になった⁽⁶⁰⁾。

2 巧妙に用意された選挙対策

第二に、2004年の再選を意識したメディケア改革の手順は、巧みである。まず、ブッシュは改革のタイムテーブルで、2004年ないし05年までの短期における高齢者の利益を準備し、長期的には医療関係者など産業界に恩恵が大きい仕組みを確立した。高齢者の短期的な利益とは、(1)当初の約1年半に限り有効で、2006年初に期限切れになる処方薬割引カードの導入、(2)低所得者に対して最初の2年間だけ与えられる、年間600ドルまでの処方薬費用の補助金である。他方、長期的には処方薬需要の増大が確実視されるうえ、価格規制がないことから医薬品業界の利益は多大である⁽⁶¹⁾。そのうえ、ブッシュが将来、医療機関のコストと責任の軽減をめざして医療訴訟抑制のための制度改革に取り組む方針であることは、先に記したとおりである。また、エンタイトルメントとしての処方薬便益の拡大によって、今後、企業が退職者等に対する便益を削減すれば、それは従来の企業のコストを政府が肩代わりすることを意味する。さらに、メディケア改革自体が AARP の利益になる事実も見逃せない。AARP はひとつの企業体と言え、収入の多くは保険のロイヤルティであって、新法の発効後は新しい保険の販売で利益を得ようとしているという。AARP がメディケア改革を成立させるために巨額の広告費を投入したのも、こうした実情がある⁽⁶²⁾。

さらに巧妙なことに、メディケア改革の内容は、2000年大統領選挙でブッシュが提示した案とは基本的に異なる。このとき彼が示したのは、受給者すべてに処方薬便益を与えるのではなく、低所得層に対して言わば福祉政策としてそれを提供する政策案だった⁽⁶³⁾。キャンペーン・スローガンの「思いやりある保守派」(compassionate conservative)を強調することが、目的だったと考えられる。連邦の財政事情等を考慮すれば、メディケア処方薬便益はエンタイトルメントとしてではなく、経済的理由などでそれが得られない高齢者に福祉政策として供与することが望ましい。ブッシュはいみじくも2000年にはそのような的を射たビジョンを公表していたわけであるが、現実には戦略的な変身を遂げた。こうしたことから見ても、彼はその時々自身の政治的利益に合致した選択を強硬に推し進める点で狡猾である。半面、そのことは場当たりの好都合の論理や分析、方策案だけに基づいて政策を形成することを意味し、公共的な発想を希薄にする。

3 甘い問題認識と財政感覚の歪み

第三に、ブッシュの政策方針を民主党のケリー(John F. Kerry)大統領候補と比較することからも、無保険者問題等に対する認識の甘さや、政策の効果と財政コストのバランスを認識する感覚が不合理な様子が窺われる。前述のとおり、ブッシュは現状のヘルスケアの二大課題に対して浅薄である⁽⁶⁴⁾。彼は、医療コスト増加の大半が技術進歩と新技術・サービスの普及に起因しているので問題はないとしたうえで、残りの相対的にわずかなコスト増加要因を緩和することに関して、医師の防衛医療インセンティブを抑制し、訴訟負担を緩和するための制度改革などを提案している。つまり、医療関係者を保護し経済的負担を軽くするための業界寄りの改革である。無保険者問題に至ってはさらに冷やかであり、医療は政府が関与すべき市場ではないとして、都合よく市場万能主義型の新自由主義の原則を謳い、福祉としての医療政策を放棄している。ブッシュの直接的な無保険者対策は、一応誰もが受診可能とされる地域健康センターを拡充する程度であるが、事態は深刻である。

無保険者数の推計に関しては、先に見た議会予算局の報告のほかに、CPS

や SIPP をもとに分析した結果、2002年から03年の間に65歳未満で無保険者だった者（無保険状態を経験した者）が、同人口の32.2%にあたる8,180万人にのぼるとする調査が存在する。それによると、彼らの3分の2は半年以上、無保険の状態にあり、低所得層やマイノリティの状況が特に厳しい⁽⁶⁵⁾。また、無保険者は救急病院以外では治療を受ける機会には恵まれないうえ、予防医療の不足、治療の遅れ、入院の困難さといった問題をかかえる⁽⁶⁶⁾。

ブッシュとケリーの政策方針を見ると、(表8)に示したとおり⁽⁶⁷⁾、従来同様、雇用に基づいた健康保険の供給をベースに据える点や、保険費用を税額控除の対象とすることによって負担の軽減と加入者の増大をめざすなどの点は共通している。両案を比較すると、ブッシュが極力、政府負担や制度変更を避けているのに対して、ケリーはメディケイドなど公的プログラムの拡張による低所得無保険者等の救済を提案し、ブッシュが導入した高所得層向け減税措置の撤廃⁽⁶⁸⁾などによって、そのコストを捻出することをもくろんでいる。このほかにも彼は、子供への健康保険の付与や早期メディケア加入（55 - 64歳）の容認といった無保険者対策を提示している⁽⁶⁹⁾。

革新的なクリントン改革が医療関係業界や企業経営者などの反発によって挫折したという経験を踏まえて、ケリー案といえどもさほど斬新な内容とはなっていない。しかし、ブッシュは10年間で数千億ドル程度の財政負担で無

表8 医療政策に関するブッシュ、ケリーの態度比較と共通点

ブッシュ	ケリー	共通点
<ul style="list-style-type: none"> ・ 民間市場競争によるコスト抑制、個人やグループによる保険加入を重視し、政府の介入を否定。 ・ 400万人の無保険者削減をめざし、その10年間のコストは700億ドル。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 民間保険の購入を促進するとともに、公的プログラムによって低所得の無保険者を救済。 ・ 2,700万人の無保険者解消をめざし、その10年間のコストは約9,000億ドル。これまでの減税の見直しでコスト対応。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 雇用をベースとした保険提供が中核。 ・ 保険購入に関わる税額控除の導入。 ・ 電子医療記録の活用などによる管理コスト等の抑制。

(注) 出所をもとに筆者が作成。

出所: "Bush vs Kerry: health is a critically decisive issue" (Editorial), *The Lancet*, June 5, 2004, p. 1837.

保険者を激減させるというプログラムを、コストの巨大さを理由に非難している。彼は自らの減税政策などが財政収支を大幅に悪化させたことや、メディケア改革が中長期的に連邦財政の重い足かせになることは棚に上げ、全く関知しないかのようである。先述のとおり、メディケア改革は当初の10年間で約5,000億ドル、その後の10年間では1 - 2兆ドルものコストをもたらすうえ、2001年から03年にかけて決定した減税は1兆7,400億ドルという莫大な規模である⁽⁷⁰⁾。ケリー案が財政資金面からブッシュ減税の維持ないし追加を否定することや、自身が無保険者問題は政府が直接介入すべき課題ではないと表明していることから、ブッシュは単純にその案を批判しているわけであるが、それにしても財政に関するバランス感覚の歪みは否定できない。

・ おわりに

ブッシュ政策の大きな特徴は、中長期にわたって段階的に制度が変更され、かつ将来、内容を修正しやすい法案を、最初に成立させる点にある。その際、短期的には政治的なターゲットとなる階層の受けが良い施策が周到に用意される一方で、長期的に国民の負担や連邦の財政コストが増大する懸念は無視され、その対応は将来の修正に委ねられる。ブッシュの減税政策、メディケア改革とも、基本的にこうした手法がとられている。このことは、重要な政策が十分な問題認識や分析、総合的な検討と公共的な判断を抜きに安易に形成されるという点で、政府および議会の無責任を意味している⁽⁷¹⁾。ブッシュ政策の内容を仔細に見ると、問題認識や政策思想、財政感覚など多くの面で一貫性や合理性が疑われるような傾向が強いのは、こうした特徴が背景にあるからだと思う。

ブッシュ主導のメディケア改革は、政府機能の極小化を唱える経済的新自由主義とはかけ離れた、福祉国家的なエンタイトルメントの拡大を主な内容とする反面、メディケアを含む医療全体を市場の競争原理に委ねるという形で新自由主義の考え方を援用し、その改革の中に一見巧みに一体化させている。しかし、そのことは政策思想の一貫性を失わせたばかりでなく、彼の政

治的な意図を実現してもいない。さらに問題なことには、将来の政策形成の自由度を大きく制約する結果をもたらした。すなわち、メディケア改革は高齢者層に不評であるうえ、ブッシュの切望する追加減税はもちろん、無保険者と高医療コストの問題への対策など、優先度の高い医療政策課題への対応を財政面から難しくした。昨今、減税政策を中心にブッシュの無責任な財政運営を批判する声が高まっているが⁽⁷²⁾、「先に熟慮なき結論ありき」のスタイルは、医療政策でも貫かれた。ブッシュの無責任政策が将来に残した禍根は大きい。

註

- (1) Jackie Koszczuk and Gebe Martinez, "Parties Agree Medicare Has Political Legs", *CQ Weekly*, November 22, 2003, p. 2886. 2003年11月中旬に実施された Fox News の電話調査によれば、政府が解決すべき課題として挙げられた事項は、景気および雇用28%, イラク問題15%, 医療13%, テロ（除くイラク）8%などの順だった。
- (2) U. S. Census Bureau, *Health Insurance Coverage in the United States : 2002*, (U. S. Census Bureau, 2003), Table1. 非アメリカ市民を除いた国民の無保険者率13.1%は、原統計をもとに筆者が計算した。
- (3) Ibid., Table A1.
- (4) Ibid., pp. 5-6.
- (5) Congressional Budget Office, "Health Care Spending and the Uninsured", *CBO Testimony*, January 28, 2004, pp. 8-12.
- (6) Ibid., pp.10-11.
- (7) Congressional Budget Office, "The Uninsured and Rising Health Insurance Premiums", *CBO Testimony*, March 9, 2004, Figure 4.
- (8) Ibid., pp. 8-11.
- (9) U. S. Census Bureau, op. cit., Table A-1. 2000年の雇用主による保険提供は、従前の調査方式では64.1%, サンプルを拡大した新調査方

式では63.6%となった。

- (10) CBO (January 2004), op. cit., pp. 9–10.
- (11) クリントンが勝利した1992年大統領選挙での出口調査によると、クリントンに投票した有権者の20%が医療保険制度改革をその理由に挙げており、これが彼に有利に働いた争点のひとつだった〔藤田伍一，塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障7 アメリカ』（東京大学出版会，2000），43頁〕。
- (12) 坂井誠「アメリカの医療保険制度改革の動向」（長銀総合研究所『総研究』57,1994），25 - 26頁。
- (13) 同論文，26 - 28頁。
- (14) 同論文，30 - 31頁。
- (15) 藤田他，前掲書，45頁。
- (16) 「新自由主義」の考え方は，典型的にはハイエク（Friedrich A. Hayek）やフリードマン（Milton Friedman）の思想に見られるように，市場機構の調整メカニズムと個人の経済的自由を信奉して，競争原理を重視し，政府による経済社会への介入を最小限に抑えようとする。また，この思想は，政府の介入によって完全雇用を達成しようとするケインズ主義政策や福祉国家化を否定するとともに，高所得層を中心とした租税負担の軽減を提唱する側面をもつ〔坂井 誠「ジョージ・W・ブッシュ政権下の減税政策　ブッシュ政策は新自由主義政策か？」（恵泉女学園大学『人文学部紀要』第16号，2004年，23頁）〕。
- (17) 大統領経済諮問委員会，萩原伸次郎監訳『2004米国経済白書』（毎日新聞社，2004），175頁。
- (18) Congressional Budget Office, "How many People Lack Health Insurance and How Long", *CBO Economic and Budget Issue Brief*, May 12, 2003, pp. 1–4. 本稿の内容は前掲のCBO (March 2004) とほぼ同内容であり，ここに見られる分析内容がそのもとになっている。

- (19) SIPP, MEPS, NHIS はそれぞれ the Census Bureau, the Agency for Healthcare Research and Quality, the Centers for Disease Control and Prevention によって実施されている〔CBO (March 2004), op. cit. p. 2.〕
- (20) 大統領経済諮問委員会，前掲書，168 - 171頁。
- (21) 同書，171 - 172頁。
- (22) 同書，176頁。「HSA によって，個人とその使用者は，医療費用の支払いに使用できる口座に貯蓄するために税引き前の資金を拠出することができる。いったん開設されてしまえば，この資金は個人に属し，時間を通して貯蓄を増加させることができる。この口座は，個人が使用者を変えても，その個人のもとに残る。このような口座によって，本当に予測のつかない大きな事故だけをカバーする保険を購入し，HSA を使って他の費用を支払うインセンティブを増加させることができる。」
- (23) 同書，176 - 177頁。
- (24) The White House, "President Bush Discusses Quality, Affordable Health Care", January 28, 2004. <<http://www.whitehouse.gov/news/releases>>
- (25) AARP, "Medicare Changes That Could Affect You", *Life Answers From AARP*, (AARP, 2004), pp. 2-11.
- (26) 他方で，割引カードの使用によって処方薬費用の10 - 25%が節約できるという指摘もあり，2004年春以降，ハーバード大学の研究者による調査結果が注目されて，平均的にはコストの17%が削減されるという見方が広がった〔"The New Drug Discount Cards" (Editorial), *The New York Times*, May 1, 2004. 〕
- (27) Sarah Lueck, "Medicare Law Reaches The Under-65 Set, Too ; It Lets People Set Up Tax-Free Accounts to Pay For Medical Care, But There Are Big Drawbacks", *The Wall Street Journal*, December 16, 2003.

- (28) AARP, op. cit., pp. 12–13. なお，メディケア・アドバンテージの前身であるメディケア・プラス・チョイス（パート C）は，本人の選択によってパート A・B に加入せず，特定の HMO からメディケアの便益を受けるものであり，現状もパート C の形で一部，民間による競争的な医療供給が導入されていると言える。
- (29) Robert E. Moffit, "Fixing the Medicare Law #1: An Agenda for Constructive Change", *Backgrounders*, No. 1750, (The Heritage Foundation, 2004), p. 2.
- (30) AARP, op. cit., pp. 14–17.
- (31) メディケアは，パート A（病院保険 = HI; Hospital Insurance，入院サービスなど），パート B（補足的医療保険 = SMI，医師サービスなど），パート C（メディケア・プラス・チョイス。メディケア改革後はメディケア・アドバンテージへ）から構成されており，メディケア改革に基づく処方薬便益はパート D を構成する。
- (32) 例えば，ヘリテッジ財団（The Heritage Foundation）は共和党系のシンクタンクとして著名である。その研究報告書には，内容は必ずしも当財団の見解を反映したものでない旨，注が付されているものの，本稿でいくつか参照したように，メディケア改革を論難する論文が数多い。
- (33) Congressional Budget Office, "Estimating the Cost of the Medicare Modernization Act", *CBO Testimony*, March 24, 2004, pp. 14–17.
- (34) Douglas Holtz-Eakin and Jeff Lemieux, "The Cost of Medicare: What the Future Holds", *Heritage Lectures*, No. 815, (The Heritage Foundation, 2003), p. 3.
- (35) Joseph R. Antos, "Fixing the Medicare Law #2: How to Promote Real Medicare Cost Containment", *Backgrounders*, No. 1751, (The Heritage Foundation, 2004), pp. 3–4. Mary Agnes Carey, "Medicare Deal Goes to Wire In Late-Night House Vote", *CQ Weekly*, November 22, 2003, p. 2883.

- (36) Moffit, op. cit., pp. 2-3, pp. 6-7.
- (37) Adriel Bettelheim, "New Plan Faces Rough Ride Through the Reality Mill", *CQ Weekly*, November 29, 2003, pp. 2954-2955.
- (38) Marilyn Werber Serafini, "Feeling Better?", *National Journal*, May 29, 2004, p. 1710. "Entitlements 'Crisis' "(Editorial), *The New York Times*, March 26, 2004.
- (39) ブッシュ政権下の減税政策は2001年の総額およそ 1 兆3 500億円の大型減税が中核であるが , それは2010年末を期限とする時限措置であり , ブッシュはその恒久化を中心とした追加減税を模索している。
- (40) Daniel J. Mitchell, "Medicare : A Ticking Time Bomb for Tax Increases", *Web Memo* No. 462, (The Heritage Foundation, 2004). <[http : //www.heritage.org](http://www.heritage.org)>
- (41) Martin Feldstein, "Health and Taxes", *The Wall Street Journal*, January 19, 2004.
- (42) Lueck, op. cit.
- (43) Lueck, op. cit., Koszczuk and Martinez, op. cit., p. 2885. "Teddy's Nightmare" (Editorial), *The Wall Street Journal*, December 23, 2003.
- (44) Joel B. Finkelstein, "New health savings account perk pushed", *American Medical News*, Vol. 47, June14, 2004, p. 9. 本文中の「逆選択」の英文表現 adverse risk selection は , 同資料に基づく。
- (45) 大統領経済諮問委員会 , 前掲書 , 173頁。
- (46) Marilyn Moon, "Medicare Reform ; Beneficiaries with chronic conditions still face high costs under new drug law", *Drug Week*, June 25, 2004, p. 381.
- (47) Bettelheim, op. cit., pp. 2953-2954.
- (48) Moon, op. cit., p. 381.
- (49) Paul Starr, "The New Politics of Medicare", *American Prospect Online*, January 1, 2004. <[http : //www.prospect.org/web/](http://www.prospect.org/web/)>

- (50) William M. Welch, "More seniors against drug-benefit law, poll says ; Political attacks, news that benefit's true cost withheld seen as factors", *USA TODAY*, March 31, 2004.
- (51) Serafini, op. cit., p. 1710. the Kaiser Family Foundation の調査 (3 - 4 月) による。
- (52) Robert E. Moffit, "A 'Demonstration Project' Equals No Medicare Reform", *Backgrounder*, No. 1708, (The Heritage Foundation, 2003), p. 3.
- (53) Antos, op. cit., p. 6
- (54) Bettelheim, op. cit., pp. 2952-2953.
- (55) Ibid., p. 2955.
- (56) ブッシュは政権 1 期目に2001年 , 02年 , 03年と減税政策を連発した。その目的は , 早々と04年大統領選挙を睨んだ景気対策であり , 短期的な景気および雇用の回復に主眼があった。彼は , 表向きは長期の視点からのサプライサイド改革が減税政策の基本だとしたが , 実態は短期の視点を重視したケインズ的な景気刺激策だった。詳細は , 坂井 (2004) , 前掲論文を参照されたい。
- (57) Theda Skocpol, "A Bad Senior Moment", *American Prospect Online*, January 1, 2004. <[http : //www.prospect.org/web/](http://www.prospect.org/web/)>
- (58) Serafini, op. cit., p. 1709. ブッシュ政権はメディケア主任アクチュアリーのアスター (Richard Foster) に対して , 法案のコストが 5 , 000億ドルを超えるような試算結果を提示すれば解雇すると脅迫したほか , 会計検査院 (General Accounting Office) によると , 保健福祉省 (Health and Human Services Department) は不法に MMA を推進した。
- (59) Starr, op. cit.
- (60) Carey, op. cit., p. 2881.
- (61) Skocpol, op. cit.
- (62) Ibid. このような背景があることから , MMA 成立前の11月中旬 , 民

主党上院リーダーのダシュル (Tom Daschle) と同下院リーダーのペロッシ (Nancy Pelosi) は AARP に対して、処方薬割引カード、メディケア受給者向けの処方薬便益プランやヘルスプランなど新法成立後に販売可能となる商品を、直接的にも間接的にも扱わないことを要請した (Carey, op. cit., p. 2881.)

- (63) Robert Goldberg, "Comparing Prescription Drug Proposals : Bush v. Gore", *NCPA Policy Report*, No. 239, (NCPA, 2000). <<http://www.napa.org/>>
- (64) 本文で述べたとおり、ブッシュは医療政策に関する基本的認識や分析結果を、CBO の調査資料に依存している。多くの CBO の報告書は、無保険者問題に典型的に表われているように、共和党議会の圧力の強さが窺われるほど保守的・反リベラル的である。また、メディケア改革においても、低所得層への「思いやり」は処方薬便益に関する2004・05年の最高600ドルの補助金や、06年以降の負担減免制度に、わずかに見られる程度である。
- (65) Families USA, *One in Three: Non-Elderly Americans Without Health Insurance, 2002-2003*, (Families USA, 2004), p. 1, p. 3, p. 6.
- (66) Ibid., pp. 20-21.
- (67) "Bush vs Kerry: health is a critically decisive issue" (Editorial), *The Lancet*, Vol. 363, June 5, 2004, p. 1837.
- (68) Jodi Wilgoren, "Kerry Gathers Tales of Health Cost Burden", *The New York Times*, May 12, 2004. ケリーの医療制度改革案のコストは少なくとも10年間で6,500億ドルと見積もられており、彼はブッシュ政権下で実行された年収20万ドル以上の高所得層向けの減税を廃止することで、8,000 - 9,000億ドルの財政資金が生み出されるとしている。なお、ケリー案のコストに関しては、クリントン政権で医療問題に携わったソーブ (Kenneth Thorpe) による約9,000億ドルという試算もある (David Rogers, "Kerry Loads Up a Health-Care Plan ;

Candidate Ties Improving Coverage and Boosting Economy Into 10-Year Proposal”, *The Wall Street Journal*, March 15, 2004. 》

- (69) ”U.S. presidential candidate Kerry stresses universal health care”, *Health & Medicine Week*, June 14, 2004, p. 500.
- (70) 2001年から03年にかけて実施された三度の減税の規模を合算すると、2013年度まででおよそ1兆7400億ドルになる〔坂井(2004), 前掲論文, 24 - 30頁〕
- (71) 法案の成立が先決問題であり、分析はその後に来るという手法は、不条理である。しかし、政府と共和党議会はMMA成立以前に、アメリカの医療問題におけるその位置づけや長期的な意義について周到に調査し、検討することを怠った(Holtz-Eakin and Lemieux, op. cit., pp. 6-7. 》
- (72) 小陳勇一, 「ブッシュ減税『無責任』」, 2004年8月26日付朝日新聞夕刊。ノーベル賞を受賞したアメリカの経済学者10人が、ブッシュ政権の経済政策を「向こう見ずで極端だ」と非難する公開書簡を作成した。そこでは、対高所得層偏重の減税政策などの無責任財政が長期的な経済の安定を阻害するといった批判が展開されている。